

Estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica

Posttraumatic stress disorder in female victims of domestic violence

Pamela Aguirre D.¹, Félix Cova S.², Ma. Paz Domarchi G.¹, Carol Garrido C.¹, Ivania Mundaca Ll.¹, Paulina Rincón G.², Pamela Troncoso V.¹ y Paulina Vidal S.¹

Victims of domestic violence experience numerous physical and psychological sequels, the most common being Posttraumatic Stress Disorder (PTSD). In this research, a sample of 42 women who consulted about domestic violence is characterized, to evaluate the presence of PTSD in them, along with the perception of their own situation and the attention received in the institutions and programs that helped them. Using a semistructured interview and the Gravity Scale of PTSD¹, it was found that 40.5% of the sample met the criteria of PTSD, and 26.2% presented significant sub-umbrales symptomatology. 39.3% of women whose violence situation had ended, still presented PTSD. Most women value the psychological support obtained, and they regard it as the most important component of the required attention. Results show the importance of strengthening the psychological component of interventions destined to domestic violence victims and, in particular, of considering post-traumatic symptomatology as one of the most important objectives of the intervention.

Key words: Battered women, domestic violence, posttraumatic stress disorder.
Rev Chil Neuro-Psiquiat 2010; 48 (2): 114-122

Introducción

La violencia contra la mujer en la relación de pareja es una problemática social y de salud que afecta gravemente a quienes la sufren^{2,3}. Paradójicamente, el hogar constituye el espacio donde las mujeres experimentan mayor riesgo de vivir situaciones de violencia⁴, particularmente por

parte de sus parejas o ex parejas (se empleará el concepto de violencia doméstica para referirse a este fenómeno).

Las secuelas físicas y psicológicas de la violencia doméstica son numerosas⁵⁻⁹. Las primeras oscilan desde lesiones menores, moretones, síndromes de dolor crónico, fibromialgia, fracturas, hasta la pérdida de la vida. En el plano psicológico, la violencia

Recibido: 9/12/2009

Aceptado: 11/04/2010

¹ Psicóloga, Departamento de Psicología, Universidad de Concepción.

² Doctor(a) en Psicología, Departamento de Psicología, Universidad de Concepción.

puede generar problemas de autoestima, sentimientos de vergüenza, culpabilidad, y constituye un factor de riesgo para el desarrollo de diversos trastornos como trastorno por estrés postraumático (TEPT), trastornos depresivos, de ansiedad, alimentarios, del sueño, disociativos, disfunciones sexuales y abuso de sustancias⁸. Diversas investigaciones señalan que el TEPT es el trastorno más frecuentemente desarrollado por las víctimas de violencia doméstica. Se estima que la prevalencia de TEPT en víctimas de violencia doméstica oscila en torno al 60%, aunque prácticamente el 100% de ellas presenta algún tipo de sintomatología postraumática^{5,10}.

La presente investigación tuvo como objetivo caracterizar una muestra de mujeres consultantes que participan de programas de intervención en violencia doméstica en nuestro país. En particular, se tuvo por objetivo cuantificar en qué medida la presencia de estrés postraumático aparecía como una problemática relevante en este grupo de consultantes. Además, se estudia la percepción de las usuarias respecto de la atención recibida en los programas a que acudían y su valoración de la medida en que estiman que éstos responden a sus necesidades.

Método

Participantes

La muestra estuvo constituida por 42 mujeres de la región del Bío Bío, consultantes víctimas de violencia doméstica, de instituciones y programas destinadas a asistir en este tipo de situaciones (Tabla 1). Las vías de acceso a estos programas van desde la derivación judicial y de los servicios de salud hasta la consulta espontánea.

El rango de edad de las participantes de la muestra osciló entre 26 y 77 años, con una media de 48,5 años (DS = 11,4). La muestra en un 100% tiene hijos, específicamente un 42,9% tiene 1 ó 2 hijos, un 50% tiene 3 ó 4 hijos y un 7,1% tiene 5 o más hijos. Respecto al nivel educacional de las participantes, un 26,2% de ellas presenta enseñanza básica, mientras que un 57,1% presenta enseñanza media. Un 16,7% de las mujeres cursó estudios superiores (técnicos o universitarios). En cuanto al estado civil, un 42,9% estaba casada o convivía con el agresor, un 38,1% era separada o divorciada, 9,5% de las participantes era soltera, y un 9,5% de ellas era viuda.

En relación a la ocupación un 57,1% se define como dueña de casa, un 40,5% trabaja fuera del hogar y un 2,4% (una mujer) se declaró cesante al

Tabla 1. Distribución de la muestra según Centro de Atención (n = 42)

Centro de Atención	Comuna	n	(%)
Casa de Acogida Vuelo de Mariposa (Independiente)	San Vicente	1	(2,4)
Casa Joven (INJUV)	Concepción	1	(2,4)
Centro de Atención y Apoyo a Víctimas de Violencia Intrafamiliar, Mirabal (ONG)	Coronel	7	(16,7)
Centro de la Mujer (SERNAM)	Coronel	6	(14,3)
Centro de la Mujer, (SERNAM)	San Pedro de la Paz	4	(9,5)
Centro de Salud Familiar Hualpencillo (Programa de Salud Mental)	Hualpén	1	(2,4)
Consultorio Laja (Programa de Salud Mental)	Laja	2	(4,8)
Consultorio Víctor Manuel Fernández (Programa de Salud Mental)	Concepción	7	(16,7)
Grupo de Autoayuda Sol Naciente (Independiente)	Tomé	9	(21,4)
Hospital Higuera (Programa de Salud Mental)	Talcahuano	1	(2,4)
Proyecto Boca Sur Luterano (Independiente)	San Pedro de la Paz	3	(7,1)

momento de la entrevista. Más de un tercio de las mujeres entrevistadas dependía económicamente del agresor y un porcentaje semejante vivía aún con él. Respecto de las mujeres que no vivían con el agresor, un 37% no vive con él desde hace menos de un año, y el 33,3% desde hace 5 años o más. Del total de las mujeres que no vivían con el agresor, la mayoría (70,4%) vivía con su familia, y el resto vivía sola (18,5%) o en casas de acogida (11,1%).

Variables

Como *Violencia Doméstica (VD)* se entendió la violencia que es ejercida hacia la mujer por parte de su pareja sin importar la condición legal de la relación, incluyendo por tanto a cónyuge, novio, conviviente, ex pareja y otros¹¹. La situación de violencia fue caracterizada considerando los siguientes aspectos: *tipo de VD; frecuencia de la VD; duración de la VD, denuncias por VD e impacto de la VD percibido por las mujeres.*

Dentro del *tipo de VD*, se consideraron tres subvariables: violencia psicológica, violencia física menos grave y violencia física grave. Dentro de la violencia psicológica se incluyeron las conductas de gritar, insultar, descalificar frente a otros, prohibir que salga, amenazar con golpearla, y romper objetos intencionadamente. La violencia física menos grave involucró las conductas de tirarle un objeto, empujarla o zamarrearla y pegarle cachetadas. La violencia física grave incluyó las conductas de patear o morder, golpear con un objeto, dar una golpiza, forzar a tener relaciones sexuales, quemar, amenazar con un arma, y agredir con un arma.

La *frecuencia de las conductas de VD* se determinó por la cantidad de veces que éstas se han presentado en la última relación de pareja, de manera mensual. Para las conductas más graves se consideró la cantidad de veces en que éstas han ocurrido a lo largo de la relación de pareja.

La *duración de la VD* correspondió al período de tiempo, referido por las mujeres participantes, comprendido entre el inicio y el término de las conductas de violencia.

Se evaluó la presencia de *trastorno por estrés posttraumático (TEPT)* y de *subsíndrome de estrés posttraumático*. El TEPT fue valorado consideran-

do los criterios del DSM-IV-TR¹², mientras que para valorar presencia de subsíndrome de estrés posttraumático se consideraron los siguientes criterios: presencia necesaria de 1 de los síntomas de reexperimentación junto con 3 de los síntomas de evitación o 2 de los síntomas de activación característicos del TEPT¹³.

En forma cualitativa fue evaluada la *percepción de las consultantes sobre el apoyo* obtenido en los centros donde recibían atención por su situación de violencia en aspectos como el tipo de ayuda brindada, sus expectativas en relación al programa al que asisten, a los logros obtenidos y las necesidades cubiertas y no cubiertas por éste. Además, se indagaron sugerencias respecto a la forma en que se ponen en práctica dichos programas y los aspectos que eventualmente podrían ser mejorados.

Instrumentos

A) Pauta de Entrevista para Víctimas de Violencia Doméstica

Se utilizó una entrevista diseñada para los objetivos de esta investigación, basada en una empleada por Labrador y Rincón¹⁴. Asimismo se empleó la Ficha de Antecedentes Personales de Rincón (2003)¹⁵. Estos instrumentos se emplearon para conocer él o los tipos de violencia que ha experimentado la víctima, la duración y frecuencia de la violencia y cómo ésta le ha afectado. Las preguntas de la entrevista fueron en su mayoría abiertas.

La entrevista diseñada incluyó ítems de la adaptación de Larraín de 1994¹⁶ de la Escala de Tácticas de Resolución de Conflictos de Gelles y Straus. La consistencia interna de dicha escala en este estudio alcanzó un valor alfa de 0,69 en la subescala de violencia psicológica; en violencia física menos grave el valor obtenido fue de 0,79, y en violencia física grave se obtuvo un valor de 0,75. La consistencia interna para la escala total fue de 0,88.

B) Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Posttraumático

La Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Posttraumático¹ es una escala de evaluación heteroaplicada, a modo de entrevista estructurada con preguntas cerradas, que evalúa los síntomas y la intensidad del trastorno de estrés

postraumático según los criterios diagnósticos del DSM-IV TR (presencia de 1 síntoma en la escala de reexperimentación, de 3 en la de evitación y de 2 en la de activación, siempre que haya transcurrido más de un mes desde el acontecimiento traumático)¹².

Esta escala, estructurada con un formato tipo Likert de 0 a 3 según la frecuencia e intensidad de los síntomas, consta de 17 ítems, de los cuales 5 hacen referencia a los síntomas de reexperimentación, 7 a los de evitación y 5 a los de hiperactivación. El rango es de 0 a 51 en la escala global; de 0 a 15 en la subescala de reexperimentación; de 0 a 21 en la de evitación; y de 0 a 15 en la de activación. El punto de corte propuesto para detectar la gravedad clínica de este trastorno es de 15 en la escala global. Los puntos de corte sugeridos en cada una de las subescalas parciales son los siguientes: reexperimentación: 5 puntos; evitación: 6 puntos; y aumento de la activación: 4 puntos¹.

Esta escala fue validada en población española, siendo aplicada en dos grupos de sujetos compuestos por una muestra clínica y otra normativa. El alfa de Cronbach obtenido en el conjunto total de sujetos fue de 0,92¹.

La validez se ha establecido en términos de validez de contenido, convergente y de constructo. La de contenido se ha definido por medio de la determinación del grado en que los ítems de la escala cubren los criterios diagnósticos DSM-IV TR referidos al cuadro clínico estudiado. La escala abarca el 100% del contenido de los criterios diagnósticos de dicho Manual. En la validez convergente se ha establecido, por un lado, una correlación biserial puntual entre la puntuación total de la escala y la presencia o no del trastorno por estrés postraumático, según el diagnóstico categorial del DSM-IV TR, en la muestra total de sujetos, con el resultado de una correlación alta y significativa ($r = 0,82$; $p < 0,001$). Por otro lado, se ha correlacionado con la puntuación total de la escala con el instrumento Escala de Impacto de los Sucesos (IES), siendo la correlación resultante de 0,77 ($p < 0,001$). La validez de constructo se ha establecido correlacionando la puntuación de la escala global del instrumento con otros síntomas

psicopatológicos presentes en este cuadro clínico, como la depresión, ansiedad, y la inadaptación en diferentes áreas de la vida cotidiana. Así, la correlación entre la puntuación global obtenida en la escala y el Inventario de Depresión de Beck (BDI), es de 0,54 ($p < 0,001$); con la escala de Depresión de Hamilton es de 0,60 ($p < 0,001$); con el Inventario de Ansiedad-Rasgo es de 0,62 ($p < 0,001$); y con la Escala de Inadaptación de Echeburúa, Corral y Fernández-Montalvo es de 0,48 ($p < 0,001$)¹.

El alfa de Cronbach obtenido en la presente aplicación de la Escala alcanzó un valor de 0,86 en la subescala de reexperimentación, de 0,67 en la escala de evitación y de 0,68 en la escala de aumento de la activación. Para la escala total de TEPT se obtuvo un valor alfa de 0,88.

Procedimiento

Para obtener la muestra se establecieron contactos telefónicos y/o personales con diversas instituciones y centros de atención especializados en violencia doméstica. La evaluación se llevó a cabo en sesiones individualizadas con una duración total de una hora aproximadamente. En primer lugar, se explicó a las participantes el objetivo de la investigación, se les solicitó firmar el consentimiento informado y, posteriormente, se les instruyó sobre el proceder en la entrevista.

Resultados

Características de la situación de violencia *Frecuencia de las conductas de violencia* (Tabla 2)

Se aprecia que las conductas consideradas como violencia psicológica, son experimentadas por un elevado porcentaje de mujeres al menos una vez por mes. La gran mayoría de ellas reporta haber sido víctima de insultos (97,6%), seguido por los gritos y descalificaciones frente a otros con un porcentaje de ocurrencia de 92,9% y un 88,1% respectivamente. Respecto a las conductas consideradas como violencia física leve se observa que un 85,7% de las mujeres ha sido empujada o zamarreada, mientras que a un 78,6% le han pegado cachetadas, y a un 54,8% de los casos le han lanzado un objeto (Tabla 3).

Tabla 2. Mujeres que reportan haber experimentado conductas de violencia psicológica y violencia física menos grave al menos una vez en el último mes (n = 42)

Violencia Psicológica	Ausencia		Presencia	
	n	%	n	%
Gritar	3	7,1	39	92,9
Insultar	1	2,4	41	97,6
Descalificar frente a otros	5	11,9	37	88,1
Prohibir que salga	10	23,8	32	76,2
Amenazar con golpearla	15	35,7	27	64,3
Romper objetos intencionalmente	10	23,8	32	76,2
Violencia física menos grave	Ausencia		Presencia	
	n	%	n	%
Lanzar un objeto	19	45,2	23	54,8
Empujar o zamarrear	6	14,3	36	85,7
Pegar cachetadas	9	21,4	33	78,6

Se observa que un 81,0% ha sido obligada a tener relaciones sexuales. Las conductas que siguen en frecuencia son patear o morder y golpear con un objeto, ambas con un 42,9% de ocurrencia en la historia de la relación. La conducta de quemar (16,7%) fue la que obtuvo el menor porcentaje de ocurrencia.

Duración de la violencia doméstica

El 42,9% de las participantes ha experimentado la situación de violencia doméstica por 20 años o más, encontrándose una duración media de 20,6 años con una desviación estándar de 13,8. Esta media fluctúa en un rango de 1 mes a 60 años.

El 33,3% la ha experimentado entre 10 y 20 años, 14,3% entre 5 y 10 años; mientras que el 9,6% entre 0 y 5 años.

Prevalencia de estrés postraumático

Un 66,7% de la muestra presentaba sintomatología de estrés postraumático. Un 40,5% pre-

Tabla 3. Mujeres que reportan haber experimentado conductas de violencia física grave en la relación de pareja (n = 42)

	Total			
	Ausencia		Presencia	
	n	%	n	%
Patear o morder	24	57,1	18	42,9
Golpear con un objeto	24	57,1	18	42,9
Dar golpiza	25	59,5	17	40,5
Obligar a tener relaciones sexuales	8	19,0	34	81,0
Quemar	35	83,3	7	16,7
Amenazar con un arma	25	59,5	17	40,5
Agredir con un arma	34	81,0	8	19,0

sentaba TEPT y un 26,2% reunía los criterios de subsíndrome de estrés postraumático. La forma de TEPT más frecuentemente observada fue la de TEPT crónico (Tablas 4 y 5).

De las mujeres que cumplían con criterios para estrés postraumático, un 60,71% declaraba aún estar expuesta a ser maltratada, y el 39,3% de ellas no, siendo esto independiente de si vivían o no con el agresor.

Percepción de los programas de atención a mujeres víctimas de violencia doméstica

Respecto de la percepción de las mujeres sobre los programas que participan, el apoyo psicológico es el tipo de ayuda recibida más frecuentemente, alcanzando un 57,1%. Aún así, la mayor expectativa de ayuda consiste precisamente en recibir apoyo psicológico, alcanzando esta respuesta un 45,2% de preferencias (Tabla 6).

Los logros percibidos con más frecuencia corresponden a los del ámbito psicológico; el fortalecimiento de la autoestima alcanza un 35,7% y la percepción de una mayor tranquilidad le sigue con un 19%.

Las necesidades no cubiertas más presentes para las mujeres de la muestra se refieren a las de apoyo

Tabla 4. Prevalencia de estrés postraumático (n = 42)

			Frecuencia	%
Ausencia			14	33,3
Presencia	TEPT	Agudo	1	2,4
		Crónico	9	21,4
		De inicio demorado agudo	1	2,4
		De inicio demorado crónico	6	14,3
		Total TEPT	17	40,5
	Subsíndrome	11	26,2	
Total Presencia			28	66,7

Tabla 5. Distribución de frecuencias según presencia de estrés postraumático y riesgo de experimentar violencia doméstica

		Estrés postraumático			
		Presencia		Ausencia	
		n	%	n	%
Exposición actual a violencia	Presencia	17	60,7	2	14,3
	Ausencia	11	39,3	12	85,7
Total		28	100	14	100

económico (23,8%), seguido del apoyo psicológico con un 19%. Un 47,6% de la muestra no percibe necesidades no cubiertas por los programas.

Ante la posibilidad de sugerir mejoras a los programas, el 40,5% de las mujeres alude a la importancia de programas más integrales, es decir, participar en encuentros grupales más frecuentes, tener la posibilidad de capacitarse y desarrollar un oficio, o recibir ayuda social para necesidades de vivienda y ocupación, entre otros.

Discusión

El desarrollo de programas de intervención en mujeres víctimas de violencia doméstica ha sido uno de los grandes avances que ha tenido nuestro país en las últimas décadas¹⁷. La caracterización realizada en el presente estudio de las consultantes

a estos programas indica que la mayoría de éstas viven o han vivido violencia en sus distintas formas de manifestación (psicológica, física y sexual), es decir, en quienes ya han tomado la iniciativa de pedir ayuda y consultar por situaciones de maltrato, como es el caso de esta muestra, la violencia no se presenta de una sola manera sino que en variadas formas combinadas, corroborando las evidencias respecto a que los diferentes tipos de violencia se solapan entre sí¹¹. Asimismo, se observó que el 42,9% de las mujeres entrevistadas ha vivido violencia doméstica por 20 años o más, lo cual es un indicador de que, en las mujeres consultantes, la situación de maltrato es frecuentemente crónica.

Respecto a la frecuencia y severidad de la presencia de estrés postraumático en mujeres consultantes víctimas de violencia doméstica, un alto porcentaje de las mujeres entrevistadas (66,7%) presenta sintomatología postraumática en alguna de sus formas, siendo el TEPT crónico el que obtiene el mayor porcentaje (21,4%). El 26,2% de la muestra cumplía con criterios para subsíndrome de estrés postraumático. Así, se corrobora la idea de que vivir violencia doméstica está asociado al desarrollo de sintomatología postraumática en la mayoría de las víctimas. De las mujeres que cumplían con criterios para estrés postraumático el 39,3% lo manifestaba a pesar de no estar viviendo violencia doméstica en la actualidad. Este dato resulta primordial a la hora de considerar las necesidades presentes, puesto que tal como lo indica la literatura, los síntomas de TEPT se relacionan con

Tabla 6. Percepción de los programas de atención a mujeres víctimas de violencia doméstica (n = 42)

	Fre- cuencia	%
Tipo de ayuda recibida		
Ninguna	7	16,7
Apoyo psicológico	24	57,1
Capacitación	2	4,8
Apoyo social	1	2,4
Apoyo legal y psicológico	7	16,7
Apoyo legal y social	1	2,4
Expectativas de ayuda		
No requiere más apoyo/No asiste actualmente a programa	8	19,1
Apoyo psicológico	19	45,2
Apoyo económico	6	14,3
Apoyo legal	2	4,8
Apoyo médico	1	2,4
Capacitación	4	9,5
Más de una de las anteriores	2	4,8
Logros percibidos		
Nada / no asiste actualmente / asiste recientemente	6	14,3
Fortalecimiento de autoestima	15	35,7
Mayor capacidad de resolución de problemas	5	11,9
Aumento de redes de apoyo	6	14,3
Mayor tranquilidad	8	19,0
Fortalecimiento de autoestima y capacidad de resolución de problemas	2	4,8
Necesidades no cubiertas		
Ninguna	20	47,6
Apoyo psicológico	8	19,0
Apoyo económico	10	23,8
Apoyo legal	2	4,8
Apoyo médico	1	2,4
Capacitación	1	2,4
Sugerencias		
Mayor cantidad de profesionales o mejor preparados	6	14,3
Profesionales más acogedores	8	19,0
Programas más integrales	17	40,5
Educación y formación social sobre el tema	5	11,9
Mejor infraestructura	2	4,8
Ninguna	4	9,5

el temor a volver a ser agredidas, de manera que evitar el contacto con el agresor y brindar protección concreta, es una prioridad. Además, las investigaciones indican que este tipo de sintomatología requiere de estrategias y técnicas específicas de tratamiento. A pesar que la totalidad de la muestra estaba compuesta por mujeres consultantes por violencia doméstica, la alta prevalencia de sintomatología postraumática indica que las intervenciones destinadas a atenderlas no están siendo suficientemente efectivas en este ámbito.

De las entrevistadas más de la mitad (54,8%) ha recibido apoyo psicológico, y un 57,1% lo considera uno de los más útiles, comparándolo con otros como el apoyo social o legal. Las consultantes consideran el apoyo psicológico una prioridad. Dada la relevancia que tiene en las consultantes la sintomatología postraumática incluso después de estar recibiendo este apoyo, se hace evidente la importancia de integrar tratamientos específicamente dirigidos hacia ella.

Ante la posibilidad de las entrevistadas de sugerir mejoras al programa en que participan, el 40,5% señaló que éstos debiesen ser más integrales, incluyendo apoyo psicológico, social, legal y económico. Es importante que las instituciones destinadas a intervenir sobre esta realidad, generen apoyos efectivos para proteger a las mujeres que viven en la situación de violencia. De las necesidades no cubiertas por los programas que fueron más señaladas por las consultantes la más importante fue el apoyo económico (23,8%), concordando con lo planteado por Larraín¹⁶ respecto a que se deben fomentar políticas orientadas a favorecer las posibilidades de empleo y remuneración en estas mujeres.

En cuanto a los logros percibidos por la mayoría de las mujeres, nuevamente son en referencia al ámbito psicológico (71,4%), ya sea por fortalecimiento de la autoestima, sensación de mayor tranquilidad y/o por una mejor capacidad de resolución de problemas. Todos estos aspectos se ven afectados por la situación de maltrato y las mujeres perciben haber mejorado en ellos gracias a los programas de atención.

Los desafíos que implica una respuesta respon-

sable, eficaz y oportuna a las víctimas de violencia doméstica de parte de los organismos sociales, son múltiples. Pese a las limitaciones derivadas del bajo tamaño muestral de este estudio, los resultados

obtenidos permiten visualizar aspectos importantes de mantener o reforzar en los indispensables esfuerzos que se realizan por brindar apoyo a las víctimas de violencia doméstica.

Resumen

Las secuelas físicas y psicológicas en las víctimas de violencia doméstica son numerosas, siendo el desarrollo del Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) una de las más frecuentemente observadas. En esta investigación se caracteriza una muestra de 42 mujeres consultantes por violencia doméstica. A través de una entrevista semiestructurada y de la Escala de Gravedad del TEPT¹, se evaluó la presencia de estrés postraumático en ellas y se analizó la percepción de las propias consultantes respecto de su situación y la atención recibida en las instituciones y programas a los que asistían. Se encontró que un 40,5% de la muestra reunía los criterios de TEPT y que un 26,2% adicional presentaba sintomatología subumbral significativa. Un 39,3% de las mujeres cuya situación de violencia había terminado continuaban presentando TEPT. La mayoría de las mujeres valoriza el apoyo psicológico recibido y lo destaca como el elemento más relevante de la atención requerida. Los resultados indican la necesidad de fortalecer el componente psicológico de las intervenciones destinadas a las víctimas de violencia doméstica y, en particular, de considerar la sintomatología postraumática como uno de los objetivos importantes de intervención.

Palabras clave: Mujeres maltratadas, violencia doméstica, estrés postraumático.

Referencias

1. Echeburúa E, Corral P, Amor P, Zubizarreta I, Sarasúa B. Escala de gravedad de síntomas del trastorno de estrés postraumático: Propiedades psicométricas. *Análisis y Modificación de Conducta* 1997; 23: 503-26.
2. Larraín S. *Violencia de género: Un debate pendiente*. Santiago de Chile: Editorial Catalonia 2008; 569-86.
3. Ospina D, Jaramillo D, Uribe T, Cabarcas-Iglesias G. Escala de identificación de las etapas de cambio conductual en mujeres en una relación conyugal violenta. *Revista Latinoamericana de Psicología* 2006; 38: 523-34.
4. Servicio Nacional de la Mujer. ¿Qué es el Sernam? – Prevención VIF. Recuperado el 12 de agosto de 2008, de http://www.sernam.cl/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=1%3Aque-sernam&catid=1%3Alatest-news&Itemid=28&limitstart=12
5. Golding J. Intimate partner violence as a risk factor for mental disorders: A meta-analysis. *Journal of Family Violence* 1999; 14: 99-132.
6. Organización Panamericana de la Salud, Unidad de Género y Salud. *Modelo de Leyes y Políticas sobre Violencia Intrafamiliar contra las Mujeres*. 2004. Recuperado el 16 de octubre de 2008, de <http://66.102.1.104/scholar?hl=es&lr=&q=cache:CfmuzRjnfogJ:online-secrecy.com/cgi-bin/nphc-giproxy.pl/000100A/http/www.paho.org/Spanish/AD/GE/LeyModelo.pdf+oms+prevalencia+VIF+mujeres>.
7. Sarasúa B, Zubizarreta I, Echeburúa E, De Corral P. Perfil psicopatológico diferencial de las víctimas de violencia de pareja en función de la edad. *Psicothema* 2007; 19: 459-66.
8. Labrador F, Rincón P, Estupiña F, Alonso E, Lignon

- S. Violencia doméstica e intervención psicológica. *Guía del Psicólogo* 2007; 266: 5-7.
9. Vitriol V. Relación entre psicopatología adulta y antecedentes de trauma infantil. *Rev Chil Neuro-Psiquiat* 2005; 43: 83-87.
 10. Rincón P, Labrador F, Arinero M, Crespo M. Efectos psicopatológicos del maltrato doméstico. *Avances en Psicología Latinoamericana* 2004; 22: 105-16.
 11. Labrador F, Rincón P, De Luis P, Fernández-Velasco R. Mujeres víctimas de la violencia doméstica: Programa de actuación. Madrid: Pirámide 2004; 24-6.
 12. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-IV-TR. American Psychiatric Association. Washington, DC 1994; 518-25.
 13. Blanchard E, Hickling E. After the crash: Assessment and treatment of motor vehicle accident survivors. American Psychological Association, Washington DC, 1997; 43.
 14. Labrador F, Rincón P. Trastorno de estrés posttraumático en víctimas de maltrato doméstico: Evaluación de un programa de intervención. *Análisis y Modificación de Conducta* 2002; 28: 905-32.
 15. Rincón P. Trastorno de estrés posttraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica: Evaluación de programas de intervención, 2003. Madrid: Universidad Complutense de Madrid, Servicio de Publicaciones. Recuperando el 12 de octubre de 2008, de <http://www.ucm.es/BUCM/tesis/psi/ucm-t26887.pdf>
 16. Larraín S. Violencia puertas adentro: La mujer golpeada. Edición Universitaria. Santiago de Chile. 1994; 82: 86.
 17. Larraín S. Violencia en la familia: una reflexión necesaria. *Persona y Sociedad*. Universidad Alberto Hurtado 2004; 18.

Correspondencia:

Félix Cova S.

Facultad de Ciencias Sociales, Departamento de Psicología, Universidad de Concepción, Barrio Universitario s/n, Concepción.

Teléfono: 041-2204301.

E-mail: fecova@udec.cl